

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Ber BAKULIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à VILNO, le 20 Avril 1906

**Abcès froids thoraciques consécutifs
à la Ponction pleurale
et leur Traitement prophylactique**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Ber BAKULIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à VILNO, le 20 Avril 1906

Abcès froids thoraciques consécutifs à la Ponction pleurale et leur Traitement prophylactique

Président : M. BEZANÇON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLET
	LOEPER
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur BEZANÇON,

Témoignage d'admiration, Hommage de notre respectueuse
gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.

A MON CHER ET VENERE MAITRE,

Le Docteur Raoul BOULIN,

Professeur Agrégé,

Médecin des Hôpitaux,

qui a bien voulu approuver le sujet de notre thèse, et nous encourager à sa présentation, en la revisant.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour son enseignement lumineux qu'il a si largement dispensé dans son service, au cours de notre externat.

A MON MAITRE,

Le Docteur GOUVERNEUR,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,

M. le Docteur FAURE-BEAULIEU,

M. le Professeur RATHERY,

M. le Docteur ROUX-BERGER,

M. le Docteur de GAUDART D'ALLAINES,

M. le Docteur HEITZ-BOYER.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

I. HISTORIQUE DE LA PONCTION PLEURALE

La première ponction évacuatrice dans l'histoire de la médecine semble remonter aux temps mythiques. Cicéron, en effet, relate le cas de Phaléreus qui, atteint d'un mal chronique et jugé incurable par les médecins, décide de mettre fin à ses jours en offrant sa poitrine aux armes ennemies sur les champs de batailles. Il est frappé. Une quantité énorme de pus s'écoule de sa blessure. Le fer ennemi l'avait guéri.

Hippocrate s'élève contre la tendance de pratiquer des ustions et des incisions trop prématurés. « Les individus atteints d'hydropisie ou d'empyème qu'on débarrasse trop prématurément de la sérosité ou du pus par le fer ou le feu, succombent ».

Gallien constate les effets néfastes de l'évacuation totale du liquide.

Léonidas d'Alexandrie condamne formellement cette méthode thérapeutique, qu'il accuse de deux méfaits souvent mortels : 1° sortie de l'air nécessaire à la vie, avec le pus ; 2° production des fistules incurables.

A partir de cette époque l'évacuation pleurale tombe dans l'oubli. C'est, semble-t-il, *Ambrois Paré* qui lui restitua

le droit de cité dans la thérapeutique. Cet auteur emploie, en effet, aussi bien l'ustion que l'incision.

Ce n'est qu'en 1640 qu'a lieu une véritable thoracenthèse au trocart et à la seringue. *Jean de Vigo* parle d'une « sonde acerbe avec laquelle on doit parfois sucer le pus dans la plaie pénétrante de la poitrine ».

Scultet et *Vincent Drouin* précisent cette technique et l'appliquent souvent dans le traitement de l'hydrothorax.

En 1808, *Audamard* arrive à persuader la majorité de ses contemporains de l'innocuité absolue de la méthode. La thoracenthèse gagne ainsi beaucoup de partisans.

Laënnec la pratique mais sans enthousiasme. « J'y ai recours moi-même assez souvent, mais je n'ai jamais obtenu aucun succès durable par ce moyen ».

En 1850, *Trousseau* lui consacre une série de leçons fort documentées.

En 1869, *Dieulafoy* présente son appareil à aspiration.

Un peu plus tard *Potain* invente l'instrument qui porte son nom. Cet auteur établit les indications de la thoracenthèse :

- 1° troubles fonctionnels et surtout la dyspnée, l'insomnie persistante et la tendance syncopale ;
- 2° l'abondance de l'épanchement ;
- 3° l'âge de l'épanchement, ne pas ponctionner avant le quinzième jour.

Trousseau, *Dieulafoy*, *Potain* : ces trois noms marquent le début de la période de vulgarisation de la thoracenthèse.

II. ETIOLOGIE

CONDITIONS FAVORISANTES

1. *Conditions favorisantes naturelles dues aux caractères et à la disposition particulière des parties constituantes du thorax.*

a Muscles :

L'ensemencement de la paroi thoracique aux cours des ponctions pleurales est grandement favorisée par la persistance fréquente de l'orifice de ponction, due à la disposition particulière des muscles de la région.

Les muscles intercostaux sont en quelque sorte tendus sur l'armature solide formée par les côtes (*Raynaud*).

Il est aisé de concevoir que cette condition anatomique peut empêcher les muscles disloqués de revenir sur eux-mêmes à la suite de thoracentoèse, surtout si le trocart employé pour cette intervention est de gros calibre.

b Plèvre :

La plèvre pariétale adhère normalement au plan costal.

Cette disposition anatomique contribue grandement à la persistance du trajet de ponction.

c Tissu cellulaire sous-cutané :

Le tissu cellulaire sous-cutané se trouve habituellement en état de moindre résistance par rapport à celle de la séreuse pleurale. C'est là une loi de pathologie générale assez ancienne puisque formulée il y a plus d'un demi siècle par Roux et Bérard : « Telle est la facilité avec laquelle s'établit la suppuration dans le tissu cellulaire qu'une partie qui n'a été frappée que secondairement et par contiguité devient le siège d'un abcès, alors même que l'inflammation primitive se termine par la résolution ».

d Le caractère infectant du liquide pleural tuberculeux pouvant être démontré par l'inoculation au cobaye.

2. Conditions favorisantes déterminées par une technique défectueuse de l'intervention :

Nous ne feront que les citer ici. Elles trouveront une description complète dans un chapitre consacré à la prophylaxie des abcès froids thoraciques consécutifs à la ponction pleurale. Ce sont :

a Les désordres locaux provoqués par le renforcement répété du trocart en plusieurs points rapprochés de la paroi thoracique, au cours de la même séance.

b Le traumatisme consécutif à un hématome par lésions des vaisseaux intercostaux, dues à l'enfoncement du trocart sur le bord inférieur d'une côte. Cette origine traumatique de certains abcès froids multiples est nettement démontrée par une observation publiée par MM. *Carnot* et *Blamoutier*, Obs. 3, Paris Médical, 13-1-23, et reproduite dans notre travail.

c La ponction pleurale pratiquée trop bas, (présence des dépôts épais extrêmement riches en bacilles occupant les parties déclives).

d Le grand calibre du trocart favorise la persistance du trajet de la ponction.

Conditions déterminantes

L'ensemencement de la paroi thoracique à la suite de ponction de pleurésie tuberculeuse peut être déterminé par :

a L'extrémité pleurale du trocart, qu'imprègne le liquide tuberculeux s'essuie — suivant l'expression de *Raynaud* — aux muscles intercostaux et au tissu cellulaire lorsque l'on retire le trocart de la plèvre.

b Le contact du liquide résiduel avec l'orifice interne de trajet de la ponction. Le liquide tuberculeux s'insinue dans le trajet du trocart et détermine un abcès froid thoracique.

c MM. *Carnot* et *Blamoutier* ont noté un cas d'ense-

mencement de la paroi thoracique par le liquide pleural dû à l'application de la méthode autosérothérapique de Gibert.

La méthode de Gibert n'ayant plus cours à l'heure actuelle, nous ne nous occuperons plus de cette condition étiologique.

Nous nous efforcerons de prouver au cours du chapitre sur la prophylaxie de ces abcès froids thoraciques que les conditions déterminantes, ci-dessus mentionnées, de l'étiologie de ces abcès consécutifs à la thoracenthèse peuvent être évitées grâce à l'observation systématique de quelques précautions.

III. PATHOGENIE DES ABCES FROIDS THORACIQUES

La pathogénie des abcès froids thoraciques était toujours fort discutée.

Certaines théories faisaient jouer un rôle essentiel aux lésions tuberculeuses sous-jacentes du poumon et de la séreuse pleurale. D'autres invoquaient d'une façon exclusive l'ostéite et la périostite costales ou la chondrite. D'autres explications faisaient intervenir le processus de ramollissement d'une gomme ou un foyer de myosite.

Dans sa thèse de 1894, *Souligoux* fait jouer un rôle important aux adénites et lymphangites tuberculeuses qu'il considère comme réalisant une étape intermédiaire « entre la lésion pleuro-pulmonaire initiale et la tumeur pariétale ou l'ostéite costale », considérées comme des lésions secondaires.

Tixier et *Thévenot* ont individualisé un groupe d'abcès froids thoraciques d'origine articulaire chondro-costale ou chondro-sternale.

Fredet et plus récemment *Kaufmann* admettent que la théorie ganglionnaire de l'abcès froid thoracique est la plus générale. Pour ces auteurs les abcès froids thoraciques sont presque tous des adéno-phlegmons tuberculeux nés dans les ganglions intercostaux, mammaires internes, ou latéro-vertébraux. La tuberculose costale serait secondaire à cette adénopathie. Cette façon de penser conduit *Kaufmann* à une conclusion pratique importante : « l'opération pathogénique de l'abcès froid devient l'adénectomie, la résection costale n'étant plus que la manœuvre d'exposition des parties initialement malades ». *Kaufmann* cite quelques observations dans lesquelles la résection costale n'ayant donné aucun résultat, l'adénectomie pratiquée avait abouti à la guérison complète.

Comme nous l'avons vu, tous les éléments constitutants de la paroi thoracique ont été invoqués dans la pathogénie des abcès froids thoraciques.

Mais l'étude de certaines observations a montré qu'il ne faut pas omettre de rechercher dans les antécédents des malades l'existence d'une ponction pleurale, en raison de la possibilité de transformation lente et passée inaperçue d'un nodule d'ensemencement consécutif à la thoracenthèse en abcès froid thoracique.

Car il est manifeste qu'en ce qui concerne les abcès froids thoraciques consécutifs à une ponction pleurale c'est le liquide qui a inoculé directement le tissu conjonc-

tif de la paroi. Le liquide est généralement, et fort heureusement, peu bacillifère.

La pleurésie tuberculeuse est, il est vrai, constituée anatomiquement par une néo-membrane qui contient des tubercules et des cellules géantes. Mais cette néo-membrane est doublée d'une fausse membrane fibrineuse qui isole et masque en quelque sorte, la lésion tuberculeuse, en formant une couche protectrice qui empêche la dissémination des lésions sur toute la surface pleurale et fait que le liquide pleural est pauvre en bacilles de Koch. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la nature tuberculeuse de ces lésions est restée méconnue jusqu'à la démonstration anathomo-pathologique faite par *Kelsch* et *Vaillard* en 1886.

Il est extrêmement difficile de mettre en évidence des bacilles de Koch dans le liquide de pleurésie tuberculeuse.

C'est presque exclusivement par l'inoculation au cobaye que la virulence du liquide peut être démontrée, et c'est en raison de cette pauvreté habituelle du liquide pleural en bacilles de Koch, que lesensemencements de la paroi thoracique à la suite des ponctions restent rares.

Il faut néanmoins envisager — nous le répétons — en discutant les différentes origines possibles d'un abcès froid thoracique, l'éventualité d'une transformation tardive d'un nodule d'ensemencement passé souvent inaperçu, en abcès froid thoracique.

Il est peu fréquent que le malade lui-même établisse spontanément une relation de cause à effet entre une pleurésie ponctionnée très anciennement et l'apparition récente d'un abcès froid thoracique. C'est donc au médecin qu'incombera la tâche de faire apparaître par l'interrogatoire

cette pathogénie rare mais très réelle des abcès froids thoraciques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès froid tuberculeux résulte comme tout abcès tuberculeux de la formation dans le tissu conjonctif des tubercules constitués eux-mêmes par des follicules tuberculeux. Ceux-ci se réunissent par confluence, augmentent de volume, et finissent par se ramollir, ce qui donne naissance au pus.

Nous croyons utile de rappeler la constitution anatomique de l'abcès froid tuberculeux.

L'abcès se compose d'une paroi et d'un contenu.

La *Paroi* de l'abcès : épaisse, tomenteuse, blanc-grisâtre, d'aspect fibreux est désignée par *Lannelongue* sous le nom de *membrane tuberculogène*, et joue dans l'évolution de l'abcès un rôle actif, en produisant le pus et en propageant la lésion.

Elle se compose de deux faces :

a La face extrême de la paroi est habituellement lisse. Cependant *Souligoux* étudiant les abcès froids en *voie d'accroissement* constate l'existence sur la face externe de leurs parois, de petits prolongements coniques presque exclusivement composés de cellules embryonnaires avec quelques petits tubercules élémentaires semblant pointer dans le tissu sain, et par lesquels — pensait-il — devrait s'opérer l'extension tuberculeuse.

b La face interne de la paroi est irrégulière, vilieuse, généralement soulevée par de petites saillies sphéroïdes, jaunâtres, représentant des foyers caséux en voie de ramollissement et sur le point de s'ouvrir dans la cavité de l'abcès.

Partout où cette communication s'établit on note la formation d'un cul-de-sac au fond duquel se détachent des produits de régression, qui se mélangent avec le contenu de l'abcès.

Ces culs-de-sac présentent de très petites dimensions, ce qui fait ressembler la coupe d'une telle paroi à celle d'une muqueuse avec ses glandes *Lannelongue*.

Dans les formes anciennes latentes ou guéries, la paroi s'est transformée en tissu fibreux.

Le contenu de l'abcès :

La suppuration n'a pas les mêmes caractères dans les abcès froids que dans les abcès chauds.

Déjà les anciens avaient remarqué que le pus dans les abcès froids est grumeleux, mal lié et non homogène, comme celui des abcès chauds.

Des recherches plus récentes ont établi d'autres différences.

Le pus froid contient une quantité appréciable de nucléo-albumines et une proportion d'albumine vraie qui varie de 25 à 40 %.

Le pus chaud contient peu d'albumine vraie, avec de la mucine soluble et une substance mucoïde.

Dans le cas d'abcès froid l'examen microscopique ne

montre que des cellules en état de dégénérescence granuleuse sans leucocytes vivants.

Dans les cas d'abcès chauds on trouve des polynucléaires généralement peu altérés et en partie vivants.

D'autre part, le nombre d'éléments figurés contenu dans la partie liquide du pus froid est bien moins grand que celui du pus chaud.

Les ferments protéolytiques existent dans le pus chaud, et font totalement défaut dans le pus froid.

Le pus tuberculeux tient en suspension des grumeaux dont la grosseur extrêmement variable peut atteindre celle du petit doigt. Ils sont formés par des débris des matières tuberculeuses, de la fibrine et des leucocytes.

Dans les formes anciennes le contenu est huileux. Des grumeaux peuvent néanmoins s'y rencontrer.

Siège :

Le siège d'un abcès froid thoracique consécutif à une ponction pleurale correspond naturellement au trajet de cette ponction.

Généralement il sera situé, soit sur la ligne axillaire, soit un peu en arrière d'elle, habituellement dans le 7° ou le 8° espace intercostal. La poche peut être sus-costale, sous-costale, ou en bissac.

On conçoit aisément que dans l'ensemencement du trajet de la ponction par le liquide pleural, la variété sous-costale soit la plus fréquente. Il suffit, en effet, d'étudier le mécanisme de l'ensemencement pour comprendre que les parties les plus profondes ont le plus de chances d'être infectées par le liquide pleural.

DESCRIPTION CLINIQUE

L'ensemencement de la paroi thoracique par une ponction de pleurésie tuberculeuse peut se manifester cliniquement de plusieurs façons fort différentes :

- 1° dans certains cas, il ne s'agit que d'un simple *nodule d'ensemencement* apparu le surlendemain de l'intervention dans l'épaisseur de la paroi, sous forme d'une petite induration sous-cutanée, peu douloureuse, fixée aux plans profonds, non adhérente aux plans superficiels, qui, après s'être isolé de la cavité pleurale s'achemine vers une résorption spontanée et rapide ;
- 2° d'autres fois, on note l'apparition précoce ou tardive d'un abcès froid thoracique banal, résultant d'un processus d'évolution d'un nodule d'ensemencement. Isolé de la cavité pleurale et n'exerçant aucune influence sur le pronostic de l'épanchement, cet abcès, aidé ou non d'une évacuation, finira par se résorber ;
- 3° dans des cas, heureusement rares, l'inoculations pariétale peut retentir très fâcheusement sur le pronostic de l'épanchement, en déterminant un abcès froid thoracique *communiquant avec la plèvre*. « Cet abcès grossit progressivement et évolue comme un *empyème de nécessité* vers la paroi externe où il finit par s'ouvrir, ce qui constitue un véritable désastre dans la généralité des cas (Dumarest) ».

Le pronostic est d'ailleurs aggravé en cas de thérapeutique intempestive, incision, qui conduirait fatalement à la transformation d'une tuberculose fermée en tuberculose ouverte.

Quelques faits d'observation nous ont conduit à établir un rapport entre la gravité de l'abcès froid pariétal et la virulence du liquide pleural ayant déterminé son apparition.

Pratiquement et à quelques exceptions près les formes bénignes d'abcès froids thoraciques, traduisent les inoculations par des liquides pleuraux *peu bacillifères et séreux*.

Par contre, l'épanchement tuberculeux purulent constitue une véritable suppuration froide de la plèvre, tendant à se fistuliser au même titre qu'un abcès froid, ce qui nous explique la fréquence relative d'abcès froids thoraciques *communiquant* avec la plèvre à la suite de ponctions dans cette variété d'épanchement pleural.

La thèse de Raynaud confirme cette façon de penser.

Comme cet auteur, nous procéderons à la description clinique des abcès froids thoraciques, en les classant suivant la nature de l'épanchement ayant déterminé leur apparition.

I. LES ABCES FROIDS THORACIQUES CONSECUTIFS A LA PONCTION D'UN EPANCHEMENT TUBERCULEUX SEREUX.

L'épanchement dans ce cas se traduit tantôt :

— par l'apparition d'un *simple nodule d'ensemencement*

dont nous venons d'étudier l'évolution et les caractères.

Tantôt :

- par le développement d'un *abcès froid tuberculeux*, succédant immédiatement au nodule d'ensemencement ou n'apparaissant qu'après un certain intervalle, parfois de plusieurs années.

Ces abcès peuvent réaliser 3 types différents, ce sont :

a *L'abcès froid SUS-COSTAL :*

Tuméfaction arrondie, indolore, bien limitée, fluctuante, irréductible, ne présentant pas d'impulsion à la toux.

b *L'abcès froid SOUS-CUSTAL :*

Après une période d'évolution torpide et latente, ces abcès viennent faire saillie sous le plan superficiel et réalisent alors des caractères de la variété sus-costale d'abcès froids thoraciques.

Ils présentent cependant une tendance nette à la fistulisation vers l'intérieur.

c *Les abcès en BISSAC :*

Caractérisés par l'existence de deux poches — sus et sous-costales — communiquant entre elles.

II. LES ABCES FROIDS THORACIQUES CONSECUTIFS A LA PONCTION D'UN EPANCHEMENT PLEURAL TUBERCULEUX PURULENT :

L'inoculation dans ce cas se traduit par des signes locaux et généraux.

Le lendemain de la thoracenthèse, on note un endolorissement, rougeur, chaleur, localisés à l'endroit de la ponction. u bout de 2, 3 jours, on constate l'apparition d'un noyau induré, semblant adhérent à la côte.

Ce noyau va atteindre en quelques jours le volume d'un œuf de poule et présenter tous les caractères d'un abcès froid.

C'est un abcès fluctuant, irréductible, ne présentant pas d'impulsion à la toux, dont la peau s'amincira progressivement et finira souvent par éclater en véritable empyème de nécessité. Son évolution s'accompagne dès le début d'un ensemble de signes généraux réalisant parfois un syndrome fébrile assez accentué.

L'évolution ultérieure de l'abcès pourra se manifester de plusieurs façons :

- 1° il pourra s'enkyster et se résorber à la longue, solution rare ;
- 2° presque toujours cet abcès donnera lieu à une *fistule pleuro-cutanée grave* ;
- 3° dans certains cas ces abcès évolueront à la manière des abcès chauds. La gravité des signes généraux obligera

le médecin de diriger son malade vers le chirurgien. Celui-ci en ouvrant l'abcès, ouvrira la plèvre et réalisera ainsi une désastreuse thérapeutique qui transformera une tuberculose fermée en tuberculose ouverte.

III. LES ABCES FROIDS THORACIQUES CONSECUTIFS A LA PONCTION D'UN EPANCHEMENT REACTIONNEL DE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

L'épanchement réactionnel est tellement fréquent au cours du pneumothorax artificiel que l'on pourrait presque l'envisager comme une simple phase évolutive de ce traitement.

R. W. *Matson* et R.C. *Matson* et *Bisaillon* citent le pourcentage de 100 %.

Léon Bernard donne le chiffre de 60 %.

La variété séro-fibrineuse ou purulente de cet épanchement détermine ici, tout comme au cours d'autres pleurésies, le type clinique de l'abcès éventuel.

DIAGNOSTIC

Il ne s'agit pas de poser le diagnostic d'abcès froid thoracique consécutif à la thoracentèse. Il s'agit surtout d'établir sa variété anatomique, constatation d'importance capitale sans laquelle il serait impossible de se prononcer sur l'avenir du malade, et dangereux, d'établir une indication opératoire.

Le diagnostic d'abcès froid thoracique *communiquant avec la plèvre* entraîne, en effet, une thérapeutique obligatoirement prudente.

Celui, d'un abcès froid thoracique *isolé sans communication* avec la plèvre, laisse au médecin ainsi qu'au chirurgien toute liberté d'agir.

Pour établir la variété *communicante ou isolée* de l'abcès froid thoracique on se basera sur l'existence de deux signes :

- réductibilité et
- impulsion à la toux.

Dans certains cas, l'*étroitesse* du conduit pleuro-pariétal faisant barrière à la continuité de l'épanchement, empêche la production de ces signes.

Il faudra se méfier de certains abcès en *bissac* qui peuvent réaliser une réductibilité et une impulsion à la toux *partielles*.

Dans tous les cas douteux on pourra faire un examen radiographique après *lipiodol* qui a été étudié au cours de ces dernières années.

Nous ne voudrions pas terminer ce chapitre sans attirer l'attention sur l'importance de renseignements que peut fournir cette méthode, quand il s'agit d'établir la variété communicante ou isolée de l'abcès froid thoracique.

PRONOSTIC

Le pronostic des abcès en question varie essentiellement avec la forme anatomo-clinique.

Le nodule d'ensemencement (*Raynaud*) comporte un

pronostic de guérison spontanée et rapide. Souvent, il se résorbe en quelques jours. Dans d'autres cas il donne lieu immédiatement ou tardivement, à un abcès froid, ne présentant aucune gravité, car toujours isolé de la cavité

Il n'en va pas de même pour les abcès *communiquant avec la plèvre* survenant le plus souvent, à la suite d'une ponction de pleurésie purulente. La fistulisation entraîne ici un pronostic fatal à brève échéance. La cachexie est la terminaison habituelle de ces cas.

Un autre élément de gravité, réside dans le fait, que l'on sera souvent tenté d'intervenir chirurgicalement sur l'abcès. L'incision de cet abcès comporte le pronostic le plus néfaste.

TECHNIQUE DE LA PONCTION ET PROPHYLAXIE DES ABCES FROIDS THORACIQUES

Quelques faits d'observation personnelle nous ont fait penser que l'application systématique et rigoureuse de quelques règles de prophylaxie, réduirait au minimum le pourcentage des abcès froids thoraciques consécutifs à la ponction pleurale.

Cette conviction nous a conduit à rassembler et à classer dans ce chapitre toutes les notions de prophylaxie se rapportant à ces cas, recueillies dans la littérature médicale sous forme de renseignements épars.

Chauffard traitant de la pleurésie tuberculeuse conseille une thoracenthèse prudente « nous n'abuserons pas de la ponction et nous nous efforcerons en la pratiquant d'éviter toute chance d'ensemencement tuberculeux de la paroi thoracique ».

Comment réaliser cette prophylaxie ?

I. — « *Nous n'abuserons point de la ponction.* »

Au moment de pratiquer une ponction exploratrice ou évacuatrice, on devra toujours avoir présente à l'esprit la notion du risque d'ensemencement de la paroi.

On ne procèdera jamais à la ponction exploratrice ou évacuatrice d'un épanchement tuberculeux avant que l'indication précise n'en soit préalablement établie.

Celle-ci peut être conditionnée :

- 1 Dans toutes les pleurésies tuberculeuses, par le volume de l'épanchement et les troubles mécaniques et fonctionnels qui peuvent en résulter.
- 2 Dans les pleurésies réactionnelles du *pneumothorax*, par une réexpansion pulmonaire, provoquée par la formation de processus adhérentiels au sein du liquide (*Dumarest*).

La ponction exploratrice ne doit être pratiquée qu'en vue d'un examen de laboratoire (*Raynaud*).

Voici comment il faut procéder :

PONCTION EXPLORATRICE :

Prendre une aiguille assez fine. Au cas où le liquide serait trop dense pour s'écouler facilement, se contenter de retirer l'aiguille et de chasser son contenu qui l'avait obstrué, sur la lame du micro. On évitera ainsi la nécessité de reponctionner avec des aiguilles plus grosses et par là même les dégâts qui pourraient en résulter.

L'utilité d'une aiguille fine dans ce cas s'explique de la façon suivante :

- une goutte pourra suffire à l'examen ;
- plus l'aiguille sera fine, plus la quantité de produits

- virulents ramenés sera moindre et les risques d'ensemencement d'autant moins importants ;
- le trajet produit par une aiguille fine se cicatrisera rapidement et complètement.

PONCTION EVACUATRICE :

Ici, on se sert habituellement du trocart.

Le malade sera assis dans son lit.

I. — Pratiquer la ponction à la limite supérieure de l'épanchement, ou près de cette limite, de telle sorte que l'orifice de ponction ne soit pas baigné par le liquide résiduel, après l'intervention (*Dumarest*).

D'autre part, la ponction faite de la sorte ne sera pas gênée par les bouchons fibrineux ou des dépôts épais extrêmement riches en bacilles, occupant les parties déclives.

On conçoit ainsi les inconvénients de la ponction dans la région déclive que l'on voit encore pratiquer trop souvent.

II. — Ponctionner toujours *en rasant le bord supérieur d'une côte*. Une observation de *Carnot* et *Blamoutier* reproduite dans notre travail, Obs. 3, est très caractéristique à cet égard. Dans cette observation les lésions des vaisseaux intercostaux dues à une thoracenthèse pratiquée au niveau du bord inférieur d'une côte provoquèrent un énorme hématome de la paroi thoracique.

Cet hématome réalisant un milieu propice au développement du bacille tuberculeux s'est transformé secondairement en une série d'abcès froids multiples.

III. — Au bout de quelques minutes lorsque l'on aura retiré déjà une certaine quantité de liquide, on pourra augmenter le débit du liquide évacué en faisant *pencher le malade vers le côté de son épanchement*. Pour le maintenir dans cette position on aura recours à un aide.

On amènera l'extrémité pleurale du trocart en contact avec le liquide, en soulevant sa partie externe. Manœuvre qui occasionnera par un mouvement de bascule, « la descente du bout pleural » de l'instrument.

IV. — Pour terminer la ponction :

Ne pas retirer le trocart sans avoir eu soin de désinfecter ou tout au moins d'assécher la lumière de ce dernier par un des procédés suivants :

- 1° *Réintroduire le mandrin mousse, dans la lumière du trocart. Cette manœuvre a pour but de refouler la goutte de liquide qui pourrait rester au bout de la canule, et venir ensemençer la paroi thoracique dans le trajet de la ponction, au cours de l'extraction du trocart ;*
- 2° *Mieux vaut injecter une petite quantité de liquide antiseptique ; teinture d'iode, liqueur de Labarraque, pour mettre le trajet, autant que possible, à l'abri de l'infection ;*
- 3° *Injecter de l'air dans la cavité pleurale. Sans parler de la valeur prophylactique de cette injection contre les accidents de décompression et les processus pleuraux adhérentiels. Ces insufflations permettent de diminuer les risques d'inoculation de la paroi. Le passage de l'air*

va débarrasser la lumière de l'instrument des produits virulents capables d'opérer l'ensemencement.

On dirigera le bout pleural de l'instrument en haut par un mouvement de bascule, avant de le retirer (Achard).

V. — *Ne jamais enfoncer le trocart en plusieurs points voisins.* Les désordres locaux qui peuvent en résulter favorisent l'ensemencement de la paroi et peuvent déterminer des cellulites, des myosites et des abcès. (Carnot et Blamoutier).

VI. — *Après la ponction, faire coucher le malade pendant quelques heures sur le côté sain, de façon à ce que le point de ponction ne reste pas en contact avec le liquide résiduel.*

VII. — L'autosérothérapie de Gibert, méthode thérapeutique actuellement inusitée, ne doit être tentée sous aucun prétexte, dans les cas de pleurésie purulente tuberculeuse.

L'observation citée dans ce travail relate le cas d'un abcès froid thoracique consécutif à l'application de l'autosérothérapie pleurale de Gibert, est une preuve des risques encourus.

VIII. — *Au moment de terminer la ponction, retirer le trocart d'un geste rapide et précis.*

TRAITEMENT CURATIF

Dans ce chapitre nous ne ferons que citer quelques traitements curatifs des abcès froids thoraciques, notre modeste travail portant surtout sur leur prophylaxie.

I. — *L'expectative* est de règle dans tous les cas de petit abcès froid non communiquant avec la plèvre.

S'il n'y a pas de régression spontanée pratiquer des

II. — *Ponctions avec injections modificatrices.*

Après avoir désinfecté la région, on introduira un trocart dont le calibre sera au moins de 2 mm., le pus de l'abcès étant extrêmement épais, *en peau saine*, à 3 ou 4 cm. de distance de la poche. Cette ponction sera suivie d'une injection immédiate, qui provoquera par une irritation aseptique, une vaso-dilatation active avec diapédèse des globules blancs.

Ainsi, l'abcès froid est transformé en abcès chaud, (*Pótron*).

III. — *Intervention chirurgicale*, en dernier ressort.

S'assurer par les signes cliniques s'il ne s'agit pas d'un abcès communiquant avec la plèvre. Si les signes cliniques sont peu nets, injecter du lipiodol dans l'abcès. La radiographie, dans ces conditions pourra montrer l'existence d'un pertuis de communication et dicter l'abstention chirurgicale.

OBSERVATION I

(Publiée par MM. *Carnot* et *Blamoutier* dans *Paris-Médical*,
13-1-23.)

Femme de 38 ans, présentant des signes de tuberculose pulmonaire depuis juillet 1920. En février 1922, épisode pleural gauche évacué par thoracenthèse, mais le liquide coulant mal le médecin a dû ponctionner sur *trois points différents* quoique voisins, 1 litre de liquide louche. Le *surlendemain* de l'intervention on constate sur la ligne axillaire une *tuméfaction* grosse comme une noix environ, développée exactement *entre les 3 orifices de ponction*. Cette tumeur d'abord stationnaire pendant trois mois augmente progressivement. Au début de juillet la malade est hospitalisée à Beaujon, pour un abcès froid thoracique banal.

C'est une tumeur irréductible qui s'affaisse après ponction et ne se reproduit que lentement, en une quinzaine de jours. Le 25 juillet cet abcès est largement incisé. On en profite pour drainer largement l'épanchement pleural par pleurotomie.

Il n'y a *pas trace d'ostéite ni de périostite*. Les côtes *sont intactes*.

OBSERVATION II

(Publiée par MM. *Carnot* et *Blamoutier* dans *Paris-Médical*,
13-1-23.)

Homme de 35 ans entre à Beaujon le 28 juillet 1921 pour pleurésie purulente tuberculeuse gauche remontant à cinq mois. En février 1922, l'épanchement était citrin clair. Il a été ponctionné à cette époque avec le gros trocart de l'appareil de Potain, qui, en quatre jours, fut enfoncé six fois dans la paroi thoracique en des points voisins : 750 cc. furent ainsi péniblement évacués.

Quinze jours après, le malade remarquait exactement à l'endroit de la ponction une petite tumeur grosse comme une noisette. Celle-ci augmentant progressivement pour atteindre au début d'août les dimensions d'une orange. Elle contenait un pus opaque, lactescent, verdâtre, identique à celui épanché dans la plèvre, avec laquelle *elle communique*. Malgré plusieurs ponctions de cet abcès suivies d'injections modificatrices, le pus se réforme. Il faut inciser et drainer. Le malade part à Brévannes et nous le perdons de vue.

EN RESUME :

Gros abcès de la paroi développé sur le trajet d'une ponction évacuatrice pratiquée cinq mois auparavant pour pleurésie purulente tuberculeuse.

OBSERVATION III

(Publiée par MM. *Carnot* et *Blamoutier* dans *Paris-Médical* du 13-1-23.)

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, soigné à Beaujon, en janvier 1922 pour un épanchement pleural séro-fibrineux, une seule ponction 2 litres 500. Il sort trois semaines après, apyrétique et sans signes liquidiens. Le 5 avril 1922 souffrant depuis quelques jours d'un point de côté, il consulte un médecin qui pratique une seconde thoracentèse, 500 cc. Le liquide n'est pas franchement citrin, il est louche. Aussitôt après la ponction, il se forme sur la ligne scapulaire gauche du sixième au septième espace un hématome de la paroi, gros comme la tête d'un fœtus. Il semble donc y avoir eu lésion des vaisseaux intercostaux de l'espace intéressé. Plusieurs ponctions sont faites les jours suivants en plein hématome. Elles ramènent du sang pur.

Le 2 mai, le malade revient à Beaujon. Nous le trouvons porteur d'un énorme épanchement pleural purulent gauche, avec matité absolue de l'espace de Traube et refoulement du cœur jusque dans l'aisselle droite. La collection sanguine pariétale, qui mesure 20 cm. sur 15, est en voie de résorption, mais elle contient encore du sang pur. Elle est assez molle, non fluctuante et animée de légers battements. L'épanchement pleural est évacué progressivement les jours suivants. C'est du pus franc. En en retire en huit jours, 10 litres, au cours de cinq interventions. Le 10 mai,

on ne trouve plus de sang en ponctionnant la *tumeur dorsale, reliquat de l'hématome*. Le 12, un nouvel essai donne issue à une petite quantité de pus verdâtre. Le 13, elle est incisée par le Dr. Michon qui, trouvant une masse de tissu graisseux infiltrée de *multiples abcès tuberculeux*, en fait l'extirpation. Il n'y a pas de communication entre cette tumeur et la plèvre. La plaie est presque entièrement cicatrisée le 20 juin, quand un matin, brusquement, le malade est inondé de pus dans son lit : une fistule pleuro-cutanée s'est, en effet, produite, et livre passage à plusieurs litres d'un pus verdâtre, grumeleux. Malheureusement, peu de temps après la fièvre s'allume et l'état général décline rapidement.

EN RESUME :

Abcès tuberculeux multiples consécutifs à un hématome de la paroi par lésion des vaisseaux intercostaux après thoracenthèse. L'origine traumatique par l'action du trocart, semble, de ce fait, nettement démontrée.

OBSERVATION IV

(Publiée par MM. Carnot et Blamoutier, Paris-Médical, 13-1-23.)

Un sujet, ponctionné en mai 1922, pour pleurésie tuberculeuse présente en août, dans l'épaisseur de la paroi, au

niveau même de la ponction, une tuméfaction fluctuante de la grosseur d'un poing.

Aussitôt après la thoracenthèse, on avait fait une auto-inoculation de liquide pleural, (méthode de *Gilbert* de Genève), sous la peau de l'hémithorax opposé. Or, en août, ce malade, vu en consultation par l'un de nous, présente au niveau de cette inoculation, une tuméfaction rénitente, dont l'accroissement après avoir été rapide, reste stationnaire. L'évolution de la pleurésie se fait nettement vers la symphyse. A la fin de septembre, il y a des adhérences pleurales et la plèvre est nettement asséchée.

Les abcès froids par inoculation thoracique semblent aussi évoluer vers la régression, peut-être sous l'influence de l'héliothérapie.

EN RESUME :

Evolution régressive parallèle de l'abcès froid d'inoculation et de la pleurésie.

Notons, d'autre part, que l'injection du liquide pleural sous la peau, en un autre point du thorax, provoque un second abcès froid.

OBSERVATION V

(Parue in the *Kaufmann*, Paris 1931.)

D... Henri, 25 ans, P.L.M. Homme vigoureux, ayant eu, il y a deux ans, une pleurésie sérofibrineuse du côté

droit. On a fait deux ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz. Elles ont ramené du liquide. Depuis deux à trois mois *un abcès est apparu entre la neuvième et la dixième côte, au lieu de la ponction*. Opéré le 30 juin 1910. Extirpation de l'abcès avec trois côtes, sans ouverture de la poche ? *Le fond de celle-ci fait corps avec plèvre, qui est épaissie et dont un fragment gros comme une pièce de deux francs fait partie du tuberculome*. On fait un pneumo total pour réséquer ce segment de plèvre puis on suture la brèche.

EN RESUME :

Abcès froid thoracique apparu au lieu de la ponction faisant corps avec un pleurome de la plèvre.

OBSERVATION VI (Abrégée)

(Publiée par le Prof. Achard, dans le Journal des Praticiens, le 27-2-26.)

Homme de 33 ans, entre dans le service le 2 octobre 1924 dans un état de cachexie prononcée. Il avait eu l'an dernier une pleurésie gauche pour laquelle il avait été soigné dans un autre service où il avait subi à six reprises et en une semaine d'intervalle *des ponctions* ayant évacué de 500 à 800 grammes de liquide jaunâtre. L'épanchement ne s'était plus reproduit ensuite. Il avait quitté l'hôpital, mais avait maigri et perdu ses forces.

Quand nous l'avons observé, il avait une fièvre modérée, oscillant dans la même journée entre 38-39°, un teint pâle, un faciès amaigri. Il n'expectorait que des crachats muqueux peu abondants et sans bacilles de Koch. A gauche on constatait de la matité thoracique et un affaiblissement du murmure vésiculaire. A droite, quelques râles sous-crépitaux à la base.

C'était l'histoire assez banale d'une pleurésie tuberculeuse suivie à quelques mois de distance, d'une reprise de fièvre, et probablement de tuberculose thoracique, surtout pleurale, étant donné les signes physiques et l'absence d'expectoration purulente et bacillifère.

Mais ce qu'il y avait de particulier chez ce malade, c'est que du côté gauche de la poitrine, en arrière, à *l'endroit des ponctions*, à deux travers de doigt au-dessus de l'omoplate, on trouvait *deux tumeurs médianes*, indolores, de consistance pâteuse, sans adhérences ni changement de couleur de la peau. Ces deux tumeurs, grosses comme une noix et comme une petite poire, juxtaposées, étaient irréductibles par la pression et ne communiquaient pas entre elles.

D'après les dires du malade elles étaient apparues lentement et progressivement sans jamais provoquer aucune douleur, huit mois après la ponction.

C'étaient bien là les *caractères d'abcès froids*. D'ailleurs, une ponction exploratrice, faite quelques jours après, ramena un pus caséeux dans lequel l'examen sur lame ne montra pas de bacilles de Koch, résultat négatif habituel en pareil cas.

A l'autopsie :

Les abcès froids de la paroi étaient bien extra-pleuraux, et sans aucune communication avec la séreuse.

Isolés l'un de l'autre, ils étaient entourés d'une sorte de capsule et ne tenaient nullement au squelette.

OBSERVATION VII (Personnelle)

M. R..., 30 ans, vient consulter à la consultation de Médecin générale à la Pitié, au début du mois de mai 1932, pour point de côté droit, toux, et fièvre intermittente. A l'interrogatoire on apprend qu'il y a deux ans il avait eu une pleurésie du côté gauche qui avait été ponctionnée en ville et qui avait donné lieu à un *abcès froid* apparu huit mois après, à l'endroit de la ponction. Cet abcès avait été traité par des injections modificatrices et avait guéri à la suite de ce traitement.

En effet, à la palpation, on constate l'existence d'une petite induration, reliquat de l'ancien abcès.

En procédant à l'examen pleuro-pulmonaire complet du malade, on trouve du côté droit, une matité s'étendant sur plus de la moitié de l'émithorax, avec à ce niveau abolition du murmure vésiculaire, sans souffle pleurétique. On diagnostique un épanchement et l'on se garde, pour le moment, de ponctionner cet épanchement.

Un mois après, nous revoyons le malade, et devant l'augmentation nette des troubles fonctionnels et de l'élé-

vation de la limite supérieure de l'épanchement, nous ponctionnons et retirons 700 cc. de liquide jaune citrin.

Nous pratiquons notre ponction *suivant toutes les règles de prophylaxie préconisées.*

Nous avons revu le malade trois mois après. La ponction n'avait eu aucune suite locale, mais l'épanchement s'est reproduit.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

(Recueillie grâce à l'obligeance du Docteur *Etienne Bernard*, dans son service à la Salpêtrière.)

Mme Tab..., Cl., née en 1888, entre à la Salpêtrière, venant de Cochin, où elle avait été soignée pour pleurésie gauche et bacillose droite. Un pneumothorax avait été institué pour cette bacillose droite. A l'entrée à la Salpêtrière, elle présente du côté de son pneumothorax, une pleurésie réactionnelle. Le 31 août 1934, un élève pratique une ponction évacuatrice. Mais, il n'arrive pas à la faire, car l'aiguille se tord lors de son premier essai. Avec quelque peine, on arrive à retirer l'aiguille. *Quelques jours après, apparaît à l'endroit de la ponction un abcès froid thoracique.* On le ponctionne en peau saine le 22 septembre 1934 et on fait une injection modificatrice, (liquide de Calot). L'abcès se résorbe petit à petit et à l'heure actuelle il ne reste presque rien de cet abcès.

Par la suite, la pleurésie réactionnelle avait été évacuée encore à deux reprises. Ces ponctions, faites suivant les règles de prophylaxie, n'ont donné à aucun ensemencement pariétal.

CONCLUSIONS

L'ensemencement de la paroi thoracique par ponction de pleurésie tuberculeuse peut se manifester cliniquement de la façon suivante :

- 1° Dans certains cas, il ne s'agit que d'un nodule d'ensemencement qui n'est pas, à proprement parler un abcès froid, mais qui peut évoluer vers un tel abcès. C'est une petite induration, sous-cutanée, apparue le surlendemain de la ponction pleurale, fixée aux plans profonds, non adhérente aux plans superficiels, qui, après s'être isolé de la cavité pleurale, s'achemine vers une résorption spontanée et rapide ;*
- 2° D'autres fois, on note l'apparition précoce ou tardive d'un abcès froid thoracique banal, résultant d'un processus d'évolution d'un nodule d'ensemencement. Isolé de la cavité pleurale et n'exerçant aucune influence sur le pronostic de l'épanchement, cet abcès, aidé ou non d'une évacuation, finira par se résorber, dans la grande majorité des cas ;*
- 3° Dans certains cas, peu fréquents, au cours des ponctions*

de pleurésie purulente tuberculeuse, on observe un abcès froid thoracique communiquant avec la plèvre, qui, évoluant vers la paroi, finit par s'y ouvrir, et comporte, dans ces conditions, un pronostic très fâcheux.

Le pourcentage d'inoculations pariétales au cours des ponctions pleurales, peut être réduit au minimum, par l'observation systématique de quelques règles de prophylaxie :

1° Ne jamais pratiquer une ponction évacuatrice, sans indications nettement posées, par l'une des conditions suivantes :

- a) Dans les pleurésies tuberculeuses spontanées :
— volume important de l'épanchement, entraînant des troubles fonctionnels marqués.
- b) Dans les pleurésies réactionnelles du pneumothorax thérapeutique :
— le processus de réexpansion pulmonaire.

2° Ponctionner de préférence à la limite supérieure de l'épanchement de façon à ce que :

- a) L'orifice de ponction ne soit pas baigné par le liquide résiduel après la ponction.
- b) La ponction ne soit pas gênée par des bouchons fibrineux et des dépôts épais, *extrêmement riches en bacilles, et occupant les parties déclives.*

3° Faire incliner le malade vers le côté de l'épanchement et imprimer au bout pleural du trocart un mouvement de descente, en soulevant son bout extérieur. Ce procédé permettra d'évacuer des quantités importantes de liquide avec un orifice de ponction très haut situé ;

- 4° *Injecter de l'air dans la plèvre, pour éviter :*
— les accidents de décompression ;
— la formation des processus adhérentiels.
- 5° *Toujours ponctionner sur le bord supérieur d'une côte,*
(l'origine traumatique de certains abcès froids thoraciques à la suite de ponction est nettement démontrée par l'observation 3, transformation d'un hématome par lésion des vaisseaux intercostaux) ;
- 6° *Ne pas retirer le trocart sans avoir pris soin de désinfecter, autant que possible, ou tout au moins, d'assécher la lumière du trocart, par un des procédés suivants :*
- a) Réintroduction du mandrin mousse dans la lumière du trocart.
 - b) Injection d'une petite quantité de solution antiseptique.
- 7° *Ne jamais enfoncer le trocart, au cours de la même séance, en plusieurs points voisins de la paroi, les dégâts locaux qui en résultent, favorisent grandement l'ensemencement pariétal ;*
- 8° *Après la ponction, faire coucher le malade pendant quelques heures, sur le côté sain, de façon à ce que le point de ponction ne reste pas en contact avec le liquide résiduel.*

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- VERNEUIL. — (Lettre). Abscès chronique de la paroi thoracique. — Progrès Médical, 1876, page 37.
- SOULIGOUX. — Thèse 1894.
- ROCHER LOUIS. — A froids thoraciques ayant pour origine une adénite mammaire interne consécutive à une bacillose pleuro-pulmonaire. Scoliose pleurétique. Considérations sur son mécanisme pathogénique, Soc. d'anat. et de physio. de Bordeaux, 28 octobre 1906.
- POTRON. — Th. Lyon 1910.
- KOENIG F. — Die tuberkulose der thoraxwand XXXIX 1906, Arch. fur Klin, Chir.
- COTTE G. — Tuberculose de la paroi thoracique, Lyon Chirurgical 1923.
- RAYNAUD Th. — 1925, Lyon.
- CARNOT-BLAMOUTIER. — Abscès froids chroniques après thoracentoèse, Paris-Médical, 13-1-23.
- WERTHEIMER. — Lymphangites et adénites tuberculeuses, Revue de Chir. 1924, N° 1, page 70.
- MANNA. — Sur la pathogénie de quelques abscesses froids thoraciques, Minerve Médicale, 31 octobre 1926.

PERRIN. — Les abcès froids thoraciques, Lyon Chirurgical, mai-juin 1926.

ACHARD. — Journal des Praticiens, Abcès froids thoraciques à la suite de thoracenthèse, 22-2-26.

KAUFMANN. —^a Thèse 1931.

DUMAREST et BRETTE. — La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale.

M. PIERY et B. LE BOURDELLET. — La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie.

BOUVERET. — Traité de l'empyème.

LEBRUN. — Abcès froid du tissu cellulaire sous-cutané, Thèse, Paris 20-21.

